

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° 364

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Yves MORAULT

L'ACIDOSE CHEZ LES ALIÉNÉS

Recherche de l'Acidose chez les Aliénés entrés
du 1^{er} janvier au 1^{er} septembre 1921 dans un asile départemental

Président : M. ROGER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1921

564

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Yves MORAULT

L'ACIDOSE CHEZ LES ALIÉNÉS

Recherche de l'Acidose chez les Aliénés entrés
du 1^{er} janvier au 1^{er} septembre 1921 dans un asile départemental



Président : M. ROGER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSER : G. POUCHET
PROFESSEURS

Anatomie.	MM
Anatomie médico-chirurgicale	NICOLAS
Physiologie.	CUNEO
Physique médicale	Ch. RICHET
Chimie organique et Chimie générale	ANDRÉ BROCA
Bactériologie	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BEZANÇON
Pathologie et Thérapeutique générales.	BRUMPT
Pathologie médicale	MARCEL LABBÉ
Pathologie chirurgicale.	RENON
Anatomie pathologique.	LECENE
Histologie.	LETULLE
Clinique thérapeutique chirurgicale	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	PIERRE DUVAL
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	CARNOT
Médecine légale.	BERNARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD
Pathologie expérimentale et comparée.	MENETRIER
	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires.	BAR
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	J.-L. FAURE
Clinique gynécologique.	AUGUSTE BROCA
Clinique chirurgicale infantile	VAQUEZ
Clinique thérapeutique.	SEBILEAU
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LEREBOLLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MA FIANCÉE

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
ET A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE NANTES

Monsieur le Professeur LOUIS POISSON
Monsieur le Professeur GUSTAVE BUREAU
Monsieur le Docteur D. BÉCIGNEUL
Monsieur le Docteur J. GOURDET
Monsieur le Docteur L. SOURDILLE

*Dont nous avons été l'externe
ou l'interne.*

A Monsieur le Docteur G. POCHON,
Médecin en chef de l'Asile Saint-Yon

A Monsieur le Docteur A. LATAPIE.

A Monsieur le Docteur GASSIOT
Médecins adjoints de l'Asile Saint-Yon

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ROGER

**Doyen de la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine**

AVANT-PROPOS

Au moment d'accomplir le dernier acte de notre scolarité, qui nous ouvrira la carrière médicale vers laquelle depuis si longtemps tendaient toutes nos pensées et tous nos efforts, nous voulons manifester notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont facilité la tâche.

A nos oncles, les D^{rs} Joseph et Charles Morault, nous devons d'avoir trouvé, après cinq années de guerre et d'oisiveté intellectuelle, le réconfort et la volonté nécessaires pour arriver au but. Qu'ils veuillent bien accepter le très faible témoignage de notre grande reconnaissance.

Nous remercions nos maîtres dans les hôpitaux de Nantes ainsi que nos professeurs de l'Ecole de Médecine de Nantes.

M. le professeur Dupré, peu de temps avant sa mort, avait accepté la présidence de cette thèse. Après lui, M. Laignel-Lavastine, nous a reçu avec une extrême bienveillance; nous l'en remercions vivement. Que M. le doyen Roger qui a bien voulu présider cette thèse nous permette de lui exprimer toute notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait.

Enfin nous sommes heureux de témoigner publiquement notre reconnaissance à M. le docteur Pochon, médecin chef de l'Asile Saint-Yon. C'est son honnêteté et son savoir de clinicien, sa bonté très grande que nous nous efforcerons toujours de nous rappeler afin d'attirer, en toutes circonstances, le respect sur notre belle profession médicale.

L'ACIDOSE CHEZ LES ALIÉNÉS

INTRODUCTION

Il n'est pas très rare au lit de l'aliéné, de sentir une odeur aromatique, une odeur de chloroforme. C'est l'odeur que donne l'haleine d'un malade atteint d'acidose.

Notre maître, M. le docteur Pochon, ayant eu l'attention attirée sur ce point, nous a conseillé de rechercher systématiquement chez les aliénés la réaction de Gerhardt (acidose).

Cette étude a été faite à la Maison de Santé départementale de la Seine-Inférieure (section des femmes). Elle porte sur toutes les entrantes de cet asile du 1^{er} janvier 1921 au 1^{er} septembre de la même année, c'est-à-dire sur un total de 152 aliénées de diagnostic mental fort dissemblable.

CHAPITRE PREMIER

COURTE REVUE DE L'ACIDOSE

Nous n'avons pas l'intention de présenter une revue générale de l'acidose ; dans ce chapitre nous nous efforcerons seulement de rappeler les notions courantes sur ce sujet.

Bien des points seront volontairement omis, qui, cependant, ne manquent pas d'intérêt ; nous renvoyons pour leur étude complète à *la Revue générale de l'acidose* de Rathery, publiée dans le *Journal de diététique* du 15 octobre 1912, à l'Acétonurie de Mauban, et au remarquable travail d'Alterto Percival *Acidosi Diabetica* où nous avons puisé un grand nombre de renseignements.

Définition

On donne le nom d'acidose à un état d'intoxication caractérisé par l'accumulation de substances acides non oxydées (acide diacétique, acide β -oxybutyrique en particulier) dans le sang et les humeurs.

Historique

Von Starck, en 1828, constata le premier l'odeur étrange de l'haleine des malades agonisant dans le

coma diabétique. En 1850, Braud comparait cette odeur à celle du chloroforme. En 1857, Petters décelait, après distillation de l'urine d'une malade morte dans le coma diabétique, l'acétone. Kaulish, en 1860, formulait la première hypothèse sur le rôle joué dans l'organisme par l'acétone ; ce fut la première période où l'étiologie du coma diabétique était rapportée au syndrome *acétonémie*.

En poursuivant l'étude de la question, après Gerhardt qui, en 1805, décrivait sa réaction classique (qui, selon lui, décelait l'acétone) et après Kusmaül, Frerichs en 1883 s'aperçut que l'acétone était peu toxique, que l'acétonurie était un symptôme banal et qu'on ne pouvait ainsi expliquer les troubles observés. Les recherches plus précises de Von Jaksch démontrèrent que c'était la présence d'un acide acétylacétique ou diacétique qui importait surtout. Ce fut la période de la *diacétémie*.

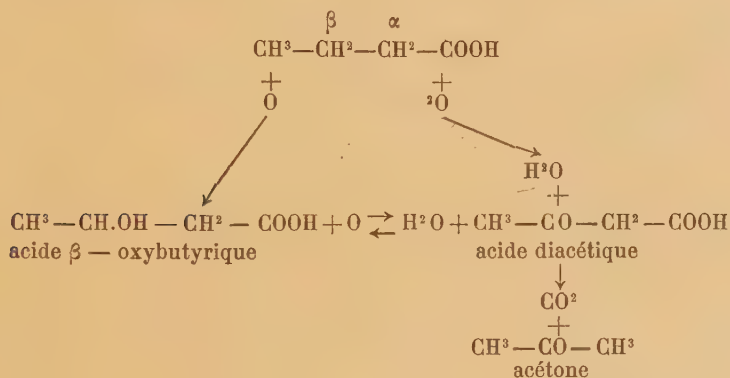
Dans une troisième période, Walter, Rumpf, Stadelmann, Magnus Lévy décelèrent l'acide β -oxybutyrique, mais, comme pris isolément l'acide diacétique ni l'acide β -oxybutyrique n'étaient pas suffisamment toxiques, on conclut que leur nocivité était simplement liée à leur fonction acide et que les accidents devaient être attribués à l'acidification de l'organisme. C'est ainsi qu'on en vint à l'*acidose* étudié spécialement par Marcel Labbé, Robin, Rathery.

Pathogénie

Les trois substances que renferme l'urine dans les cas d'acidose proviennent de l'acide butyrique



par oxydation



Pour faciliter cette oxydation, il y a des corps céto-gènes (graisses et protéiques surtout), comme il y a des corps anti-céto-gènes (hydrates de carbone) qui l'en empêchent.

Symptomatologie

La symptomatologie, surtout dans ses signes généraux et fonctionnels, diffère suivant que l'on étudie l'acidose grave des diabétiques et l'acidose plus légère que l'on rencontre en maintes circonstances comme nous le verrons plus loin. Cependant entre

ces deux formes d'acidose on peut établir quelques signes qui sans être immuables ni caractéristiques donnent un ensemble classique.

1° **Signes fonctionnels.** — C'est tout d'abord l'haleine du malade qui prend une odeur de chloroforme, puis c'est de l'anorexie, un malaise général en même temps qu'une lourdeur de tête fréquente.

L'appareil respiratoire, frappé dans les cas graves, prend un rythme spécial dans le coma diabétique (rythme de Kismaüll).

2° **Signes généraux.** — En dehors du coma, la température ni le pouls ne sont modifiés généralement, peut-être trouverait-on parfois une température plutôt abaissée et un pouls accéléré.

3° **Signes physiques.** — C'est à l'examen des urines qu'il faut recourir pour trouver les symptômes caractéristiques :

A. — *Acidité urinaire.* — Les urines sont constamment acides, présentant une résistance à l'alcalinisation d'autant plus grande que l'acidose est plus grave (Blum).

B. — *L'acétonurie*, caractérisée par la réaction de Lieben.

C. — *La diacéturie* caractérisée par la réaction de Gerhardt.

D. — *L'acide β -oxybutyrique* dont la recherche est délicate, exigeant des procédés qui ne sont pas du domaine clinique.

E. — *L'ammoniurie* obtenue par le procédé au formol de Lorënsey-Ronchèse.

F. — *L'amino-acidurie* qui, à elle seule, même très abondante, ne permettrait pas de conclure à l'acidose.

Le sang, le liquide céphalo-rachidien présentent aussi des troubles du même ordre que les urines.

Diagnostic

1° **Positif.** — En clinique, quels sont les éléments que le médecin peut avoir au lit du malade :

L'odeur de l'haleine est insuffisante, trop subordonnée à l'intégrité de l'appareil olfactif de l'observateur.

Les autres symptômes fonctionnels et généraux sont beaucoup trop vagues pour qu'ils attirent l'attention sur l'acidose.

Seules, les réactions urinaires doivent permettre d'affirmer le diagnostic.

A. — Contrairement à une opinion longtemps professée, la recherche de l'acétone n'est pas très importante. Elle se fait par la réaction de Lieben (iodure de potassium et ammoniacque produisant en présence d'alcalins un précipité d'iodoforme), ou par la réaction de Denigès (oxyde rouge de mercure).

B. — La recherche de l'ammoniurie et encore plus de l'acide β -oxybutyrique (méthodes de Bergell, d'Embden) est longue et difficile.

C. — C'est donc la recherche de l'acide diacétique qui importe surtout. Elle se fait par la réaction de

Gerhardt : Dans un tube à essai contenant de l'urine du malade on laisse tomber une ou deux gouttes de perchlorure de fer officinal. Par suite de sa densité le réactif tombe au fond et, en cas positif, prend une coloration rouge de vin de Porto ou de vieux Bourgogne. Les substances précipitées (en blanc ou en jaune pâle en cas négatif) sont les phosphates. Cette réaction simple est de toute première importance ; positive, elle permet d'affirmer qu'il y a acidose.

D. — On pourrait également pour plus de précision faire les dosages de ces substances mais les étalons colorés que l'on emploie étant loin d'être fixes, les résultats obtenus ne sont jamais très précis.

2° Différentiel. — Pour que la réaction de Gerhardt soit significative de l'acidose, il faut encore que le sujet n'ait pris ni produits salicylés, ni anti-pyrine qui donnent une coloration semblable.

Pour s'assurer qu'aucun de ces produits n'est en jeu, il faut faire bouillir quelques minutes le tube d'urine ; l'acide diacétique, qui est volatil, s'éliminera mais l'acide salicylique, qui ne l'est pas, persistera. Si la réaction est donc encore positive après ébullition, c'est qu'elle était due à l'acide salicylique.

Cette méthode différentielle nous incite à signaler qu'il ne faut pas rechercher dans le même tube à essai l'albumine et l'acide diacétique. Dans une installation modeste en effet, on aurait tendance à rechercher la réaction de Gerhardt avec la même urine qui a servi à déceler l'albumine par la chaleur. C'est un moyen sûr d'avoir une réaction de Gerhardt

toujours négative puisque l'acide diacétique s'est enfui par ébullition.

3° **Etiologique.** — L'acidose se rencontre dans de nombreux processus morbides. Avant tout, c'est dans le diabète que l'acidose atteint sa plus grande valeur pronostique.

Mais on peut voir chez des sujets non diabétiques des états d'intoxication acide qui revêtent des allures cliniques analogues. Nous en ferons l'énumération en renvoyant aux différents auteurs qui les ont constatés.

On peut trouver de l'acidose dans les *intoxications alimentaires* (Orticoni), les *intoxications par le plomb, l'oxyde de carbone, la morphine*, dans le *choc traumatique* des blessés de guerre (Crile et Cannon), dans la gangrène gazeuse (Cannon), dans les *affections aiguës de l'abdomen* : appendicite, cholécystite, salpingite (Marcel Labbé), dans les *lésions hépatiques* : cirrhose, dégénérescence graisseuse, abcès du foie (Marcel Labbé), chez les malades atteints d'*insuffisance glandulaire* (Lanzenberg), chez les *fébricitants* : rougeole, scarlatine, érysipèle, fièvre typhoïde (acétonurie fébrile), dans le *scorbut* (Mingowski). Fréquemment on constate l'acidose chez les sujets atteints de *cancer* (Klemperer, von Noorden), mais on peut se demander si l'acidose dans ce cas n'est pas plutôt due à l'état de *dénutrition* du sujet, du *jeûne* qui est aussi une cause très importante. Dans la *grossesse*, Vicarelli et Knapp l'ont donné comme signe de la mort du fœtus tandis que

Stolz, Baumgarten, Popper l'ont constaté que l'enfant soit vivant ou mort. Chez les enfants, une forme particulière a été décrite sous le nom de *vomissements acétonémiques* (Comby, Marfan). Il existe une acidose *post-anesthésique* après le bromure d'éthyle, l'éther et surtout le chloroforme (Becker sur 251 urines de chloroformés a trouvé 167 réactions positives soit une proportion de 66 pour 100).

Enfin notre travail a pour but de constater qu'on trouve l'acidose dans un certain nombre d'*affections mentales*.

Pronostic

Chez le diabétique on connaît l'importance de premier ordre de l'acidose.

Dans les autres cas, en particulier dans les affections aiguës de l'abdomen, Marcel Labbé croit que l'acidose décèle une insuffisance fonctionnelle du foie. Une recherche systématique des signes d'insuffisance hépatique éliminerait, à son avis, l'influence du traumatisme opératoire, des anesthésiques, etc...

Traitement

L'acidose comporte trois grandes indications thérapeutiques : supprimer les aliments cétogènes (viande, graisse, beurre) ; — prescrire les aliments anticétogènes (hydrates de carbone surtout) ; — administrer les alcalins qui agiront en diminuant

l'acidité et en favorisant l'élimination des acides. C'est le bicarbonate de soude qu'on emploie dans ce but :

a) En ingestion à doses aussi fortes que possible dans du lait. On le donne par paquets de 10 grammes jusqu'à dose de 30 et 40 grammes par jour.

b) On peut le donner en lavements.

c) En cas d'acidose grave, on peut recourir à l'injection intraveineuse en solution isotonique à 1,7 o/o (Chauffard).

On peut aussi injecter un litre de sérum d'Enriquez (glucosé à 300 o/oo).

CHAPITRE II

TECHNIQUE

Nous voudrions indiquer comment nous avons procédé dans notre étude systématique de l'acidose dans les maladies mentales.

152 malades sont entrées à l'Asile départemental de la Seine-Inférieure (section des femmes) du 1^{er} janvier 1921 au 1^{er} septembre de la même année.

Sur 141, au moment de leur entrée, nous avons recherché la réaction de l'acidose.

109 ne présentaient pas la réaction de Gerhardt, ce qui nous a fait dresser le tableau A.

32 présentaient la réaction de Gerhardt : tableau B.

Chez ces 32 derniers malades nous nous sommes naturellement assurés que notre réaction n'était pas due à un produit salicylé quelconque ordonné à la malade avant son entrée.

Puis nous avons fait une analyse complète de l'urine : albumine, sucre, pigments biliaires, urobiline, etc... /

Enfin, autant qu'il était possible, nous avons examiné la malade afin de voir si la réaction de Gerhardt n'avait pas, comme explication, l'une des nombreuses causes déjà citées par différents auteurs.

Dans ce but nous avons été amenés à l'épreuve de la glycosurie provoquée, à la recherche de la grossesse, d'un cancer possible, etc.

Cette étude nous a fait éliminer 8 cas et nous a permis de dresser un tableau définitif des affections mentales dans lesquelles nous avons trouvé la réaction positive : Tableau C.

CHAPITRE III

TABLEAU A

Malades ne présentant pas la réaction de Gerhardt

Psychose maniaque dépressive.....	47 sur 55
Dépression mélancolique..	31 sur 36
Accès maniaque	16 sur 19
Démence précoce.....	15 sur 18
Délire chronique systématisé hallucinatoire.....	9 sur 11
Paralysie générale	7 sur 7
Débilité mentale.....	6 sur 9
Epilepsie.....	1 sur 1
Idiotie	4 sur 4
Ramollissement cérébral.....	3 sur 3
Hystérie	2 sur 3
Démence sénile.....	11 sur 12
Délire chronique systématisé non hallucinatoire.	2 sur 3
Chorée.....	1 sur 1
Confusion mentale.....	1 sur 11

Voici les diagnostics détaillés de ces malades en un tableau qui servira de pièce justificative :

N ^{os} d'ordre	Noms	Dates d'entrée	Diagnostic
1	Mme H.	3 janvier	<i>Délire chronique systématisé</i> à base d'interprétations délirantes
3	Mme B.	5 —	<i>Paralysie générale</i> : affaiblissement intellectuel, idées de richesse, embarras de la parole, Argyll Robertson,
4	Mme G.	6 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : dépression mélancolique légère.
10	Mme H.	12 —	<i>Démence précoce</i> : affaiblissement intellectuel (niveau de 7 ans).
12	Mlle P.	13 —	<i>Démence précoce</i> : affaiblissement intellectuel, hallucinations multiples, maniérisme, stéréotypies.
13	Mme M.	14 —	<i>Démence sénile</i> : affaiblissement intellectuel, gâtisme.
14	Mlle B.	14 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : dépression mélancolique avec troubles sensoriels.
16	Mme Le J.	17 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : délire mélancolique avec idées d'indignité, de damnation. Grande anxiété. Tendance à la mutilation.
17	Mme S.	25 —	<i>Débilité mentale</i> avec peut-être démence précoce greffée.
18	Mlle B.	27 —	<i>Paralysie générale</i> : affaiblissement intellectuel. Idées de satisfaction. Embarras de la parole. Argyll Robertson. Inégalité pupillaire. Hyperlymphocytose et hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien.
19	Mme L.	30 —	<i>Délire chronique systématisé</i> avec hallucinations de tous les sens.
20	Mlle C.	31 —	<i>Démence précoce</i> : affaiblissement intellectuel, propos niais, stéréotypies, mutilation.

N ^{os} d'ordre	Noms	Dates d'entrée	Diagnostic
21	Mme S.	1 ^{er} février	<i>Démence sénile</i> : grand affaiblissement intellectuel, inconscience de sa situation.
22	Mlle L.	2 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : accès maniaque.
23	Mme L.	3 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : accès maniaque.
24	Mme H.	3 —	<i>Paralysie générale</i> : affaiblissement intellectuel. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire. Argyll Robertson. Exagération des réflexes. Hyperlymphocytose et hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien.
26	Mme J.	5 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : dépression mélancolique, idées de suicide, illusions et interprétations délirantes.
28	Mlle J.	12 —	<i>Idiotie</i> (niveau de 2 à 3 ans). Gâtisme.
29	Mme L.	15 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : dépression mélancolique, idées de suicide, hallucinations.
30	Mme V.	17 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : mélancolie avec anxiété, hallucinations de l'ouïe, idées de suicide.
31	Mme B.	23 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> avec hallucinations et idées de persécution, idées de suicide.
32	Mme D.	25 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : accès hypomaniaque.
33	Mlle B.	25 —	<i>Démence précoce</i> probable : propos chaotiques. Alternatives d'excitation et de dépression.
34	Mme B.	26 —	<i>Délire chronique systématisé</i> avec hallucinations prédominantes de l'ouïe et psycho-motrices.

N ^o d'ordre	Noms	Dates d'entrée	Diagnostic
35	Mlle M.	1 ^{er} mars	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : accès maniaque.
36	Mme R.	1 ^{er} mars	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : accès maniaque.
37	Mme F.	2 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : état mélancolique avec anxiété, hallucinations, idées de suicide.
38	Mme B.	9 mars	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : dépression mélancolique avec troubles sensoriels multiples.
39	Mlle D.	10 —	<i>Délire chronique systématisé</i> avec hallucinations de l'ouïe. Plusieurs tentatives de suicide.
40	Mlle S.	13 —	<i>Débilité mentale</i> (niveau de 9 ans) avec légère dépression mélancolique. Mal de Pott ancien.
41	Mme Q.	14 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> . Etat mélancolique, dépression, hallucinations multiples.
42	Mme B.	15 —	<i>Démence précoce</i> avec idées de persécution, hallucinations.
44	Mme P.	20 —	<i>Démence précoce</i> : affaiblissement intellectuel avec idées de persécution, hallucinations, néologismes.
45	Mme B.	20 —	<i>Délire chronique systématisé</i> avec hallucinations multiples.
46	Mlle T.	21 —	<i>Délire chronique systématisé</i> avec hallucinations de tous les sens.
47	Mlle V.	21 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : accès hypomaniaque.
50	Mlle K.	25 —	<i>Idiotie</i> : arrêt général de développement. Absence de langage. Gâtisme.
51	Mme T.	26 —	<i>Démence sénile</i> : affaiblissement intellectuel.

N ^{os} d'ordre	Noms	Dates d'entrée	Diagnostic
52	Mme L.	26 mars	<i>Paralysie générale</i> : affaiblissement intellectuel, idées de richesse. Embarras de la parole. Argyll Robertson. Gâtisme.
53	Mme G.	28 —	<i>Paralysie générale</i> : affaiblissement intellectuel, idées de satisfaction et de richesse. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire. Argyll Robertson. Hyperlymphocytose et hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien.
54	Mme L.	29 —	<i>Démence sénile</i> : affaiblissement intellectuel. Aphasie partielle par amnésie. Gâtisme.
56	Mme G.	1 ^{er} avril	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : dépression mélancolique avec idées de suicide.
57	Mme N.	3 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : délire mélancolique avec idées de suicide.
58	Mme I.	3 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : accès maniaque.
59	Mlle V.	4 —	<i>Débilité mentale</i> avec hallucinations et idées de persécution
62	Mlle A.	7 —	<i>Démence précoce</i> : affaiblissement intellectuel, grimaces, turbulence, dysharmonie des propos.
64	Mme B.	12 —	<i>Démence précoce</i> avec propos incohérents, illusions, néologismes, transformation de la personnalité.
66	Mme D.	22 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : torpeur intellectuelle, légère anxiété, idées de suicide.
67	Mme G.	22 —	<i>Démence précoce</i> avec hallucinations de tous les sens. Néologismes.

N ^{os} d'ordre	Noms	Dates d'entrée	Diagnostic
68	Mme L.	23 avril	<i>Démence précoce</i> avec tendance à la mutilation, négativisme, mutisme, affaiblissement intellectuel.
70	Mlle C.	25 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : accès maniaque.
71	Mlle R.	26 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : dépression mélancolique avec hallucinations de tous les sens.
72	Mme S.	27 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : accès de dépression mélancolique.
74	Mme C.	2 mai	<i>Ramollissement cérébral</i> : affaiblissement intellectuel. Sensiblerie. Gâtisme.
75	Mme D.	3 —	<i>Ramollissement cérébral</i> : hémiplegie gauche. Affaiblissement intellectuel. Sensiblerie.
77	Mme B.	7 —	<i>Démence précoce</i> : mutisme, négativisme. Mouvements impulsifs.
78	Mme S.	9 —	<i>Délire chronique systématisé</i> non hallucinatoire.
79	Mlle Le H.	9 —	<i>Idiotie</i> : absence de langage. Gâtisme.
80	Mlle L. F.	9 —	<i>Idiotie</i> : absence de langage. Gâtisme.
81	Mme B.	13 —	<i>Démence précoce</i> : affaiblissement intellectuel, mobilité de l'humeur, hallucinations de la vue et de la sensibilité générale.
82	Mlle D.	17 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : dépression mélancolique avec idées de persécution.
88	Mme F.	21 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : dépression mélancolique avec vagues idées de suicide.
91	Mme B.	23 —	<i>Hystérie</i> avec crises ; agitation et délire hallucinatoire consécutifs.

N ^{os} d'ordre	Noms	Dates d'entrée	Diagnostic
92	Mlle L.	23 mai	<i>Démence sénile</i> : affaiblissement intellectuel, inconscience de sa situation.
93	Mlle C.	26 —	<i>Débilité mentale</i> (niveau de 8 ans).
97	Mlle C.	1 ^{er} juin	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : délire mélancolique avec légère anxiété.
98	Mlle L.	2 —	Epilepsie.
99	Mme B.	3 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : idées hypochondriaques consécutives à une névralgie de la branche ophtalmique du trijumeau.
100	Mlle J.	4 —	<i>Démence sénile</i> : grand affaiblissement intellectuel.
101	Mlle F.	5 —	<i>Chorée</i> avec délire hallucinatoire et idées de persécution non systématisées.
103	Mlle C.	9 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : délire mélancolique, avec idées de culpabilité, de suicide.
106	Mme G.	21 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : accès maniaque avec idées de grandeur et de richesse.
107	Mme H.	25 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : idées de persécution avec hallucinations et illusions.
109	Mme F.	2 juillet	<i>Paralysie générale</i> : idées de satisfaction, embarras de la parole, tremblement de la langue, Argyll Robertson. Hyperalbuminose et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.
110	Mme V.	3 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : dépression mélancolique avec idées de culpabilité, d'indignité, de damnation.

N ^{os} d'ordre	Noms	Dates d'entrée	Diagnostic
111	Mme S.	8 juillet	<i>Démence sénile</i> : affaiblissement intellectuel, inconscience de sa situation. Gâtisme.
113	Mme G.	12 —	<i>Démence sénile</i> : affaiblissement intellectuel, perte de la mémoire, vagues idées de persécution.
115	Mme F.	16 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : dépression mélancolique avec idées hypocondriaques très accusés.
117	Mlle C.	18 —	<i>Hystérie</i> : crises violentes, avec agitation motrice, chants et bavardages consécutifs.
118	Mme G.	20 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : dépression mélancolique avec idées hypocondriaques, plaintes et gémissements.
119	Mme V.	20 —	<i>Démence sénile</i> : grand affaiblissement intellectuel, gâtisme.
120	Mme C.	21 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : mélancolie anxieuse avec idées de persécution. Tentatives de suicide.
121	Mme B.	22 —	<i>Démence précoce</i> : affaiblissement intellectuel, inactivité, inaffectivité.
122	Mme B.	22 —	<i>Démence précoce</i> : affaiblissement intellectuel, attitudes catatoniques, idées de suicide.
123	Mlle L.	22 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : accès maniaque avec cris, chants, danses, élévation du ton de l'humeur.
124	Mme G.	23 —	<i>Délire chronique systématisé</i> avec hallucinations de l'ouïe et de la vue. Quelques idées de grandeur.

N ^{os} d'ordre	Noms	Dates d'entrée	Diagnostic
125	Mme B.	25 juillet	<i>Démence sénile</i> : affaiblissement intellectuel. Gâtisme. Inconscience de sa situation. Vagues idées de persécution.
126	Mme G.	29 —	<i>Ramollissement cérébral</i> : hémiplegie droite, sensiblerie, idées de suicide.
127	Mme M.	30 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> avec idées d'indignité, de culpabilité.
128	Mlle D.	30 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : dépression mélancolique avec plaintes, gémissements.
130	Mlle B.	1 ^{er} août	<i>Délire chronique systématisé</i> avec hallucinations prédominantes de l'ouïe et de la sensibilité générale.
131	Mme P.	1 ^{er} —	<i>Paralysie générale</i> : Embarras de la parole. Argyll Robertson. Tremblement de la langue. Idées très franches de satisfaction.
132	Mlle D.	1 ^{er} —	<i>Débilité mentale</i> (niveau de 8 ans) avec quelques idées de persécution.
133	Mme L.	2 —	<i>Confusion mentale</i> avec hallucinations auditives, idées d'anxiété et de culpabilité. Craintes d'empoisonnement. Subagitation. Argyll Robertson.
134	Mme V.	3 —	<i>Délire chronique systématisé</i> avec interprétations délirantes, hallucinations de l'ouïe.
135	Mlle J.	4 —	<i>Délire chronique systématisé</i> non hallucinatoire.
136	Mlle C.	4 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : accès maniaque avec bavardages, fuite dans les idées, maniérisme.

N° d'ordre	Nom	Date d'entrée	Diagnostic
137	Mlle C.	4 août	<i>Psychose maniaque dépressive</i> avec dépression mélancolique, idées d'indignité, de culpabilité, de damnation. Idées de suicide.
138	Mlle M.	5 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> avec alternatives de calme et d'agitation. Hallucinations de l'ouïe et interprétations déli- rantes.
140	Mme M.	8 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> avec bavardages intarissables, agitation, idées de persécution, excitation intellectuelle.
141	Mme S.	10 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> avec craintes imaginaires, re- fus d'aliments, idées de persé- cution.
144	Mme D.	18 —	<i>Psychose maniaque dépressive :</i> état dépressif, inactivité, inaf- fectivité, pleurs.
145	Mlle G.	20 —	<i>Démence sénile</i> avec affaiblisse- ment intellectuel, idées hypo- condriaques.
146	Mme D.	25 —	<i>Psychose maniaque dépressive :</i> alternatives d'agitation et de dépression. Violence de langage et de geste. Actuellement dé- primée, ne sentant pas la force de réagir.
147	Mlle G.	25 —	<i>Démence précoce :</i> affaiblissement intellectuel, bavardages, manié- risme.
148	Mme K.	27 —	<i>Psychose maniaque dépressive :</i> accès maniaque avec logorrhée, chants ; élévation du ton de l'humeur.
149	Mme M.	29 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> avec idées hypocondriaques.

N ^{os} d'ordre	Noms	Dates d'entrée	Diagnostic
150	Mme P.	29 août	<i>Débilité mentale</i> : affaiblissement intellectuel, inconscience de sa situation.
152	Mlle T.	31 —	<i>Psychose maniaque dépressive</i> : accès hypomaniaque, maniérisme, élément pithiasique probable.

CHAPITRE IV

TABLEAU B

Malades présentant la réaction de Gerhardt

Confusion mentale.....	10 sur 11
Délire alcoolique.....	2 sur 2
Psychose maniaque dépressive.....	8 sur 55
D. maniaque.....	3 sur 19
D. mélancolique.....	5 sur 36
Démence sénile.....	1 sur 12
Démence précoce.....	3 sur 18
Débilité mentale.....	3 sur 9
Délire chronique systématisé hallucinatoire..	2 sur 11
Délire non hallucinatoire chronique systématisé.	1 sur 3
Hystérie.....	1 sur 3

Voici les observations résumées de ces 32 malades. Nous les donnons, non seulement comme pièces justificatives, mais aussi parce qu'en les établissant, nous serons amenés à déceler dans quelques-unes, un trouble physique capable à lui seul d'expliquer l'acidose. Nous devons donc éliminer ces malades pour dresser ensuite un tableau ne donnant que les affections dans lesquelles nous avons trouvé la réaction de Gerhardt sans autre étiologie que l'état mental.

Observation n° 2

Mme R..., entrée le 4 janvier 1921, présentait à ce moment un état de trouble mental et d'agitation (syndrome de *confusion mentale*). Extrêmement violente, présente de l'affaiblissement intellectuel. Crises d'épilepsie. Démence surajoutée. Pas d'albumine. Pas de sucre.

Observation n° 5

Mlle L..., entrée le 7 janvier 1921, atteinte de débilité mentale. Incapable de se conduire dehors, était tombée dans le vagabondage et la prostitution. Absence complète de discernement.

L'examen physique est particulièrement intéressant : grossesse d'environ six mois à son entrée (mise au régime lacté, accoucha à l'asile à terme sans complications). L'analyse complète des urines montre une grosse quantité d'albumine (5 gr. 7 par litre), des traces indosables de sucre, pas de pigments biliaires, ni de sang, mais de l'urobiline et un abondant dépôt de pus.

L'état physique ici semble suffisant pour expliquer la présence de l'acide diacétique dans les urines. Nous rattacherons ce cas à l'*insuffisance hépatique* légère au cours de la grossesse et nous éliminerons cette malade.

Observation n° 6

Mme R..., entrée le 7 janvier 1921. Vient pour la quatrième fois à l'asile dans un état de torpeur intellectuelle. Reste

inerte dans son lit, ne répondant à aucune excitation extérieure. Parfois impulsions et même période d'agitation. *Psychose maniaque dépressive* améliorée suffisamment pour sortir de l'asile au bout de cinq mois. Pas de sucre. Pas d'albumine.

Observation n° 7

Mlle L..., entrée le 7 janvier, atteinte de dépression mélancolique avec douleur morale, plaintes monotones, idées de suicide. Se nourrissant fort peu d'autant plus que la nourriture lui paraît toujours mauvaise. Phlébite symptomatique d'un *cancer de l'estomac* qui a enlevé la malade en quelques mois. Nous rattacherons l'acidose à la dénutrition du sujet atteint d'un cancer des voies digestives et nous éliminerons cette malade de notre statistique.

Observation n° 8

Mlle M..., entrée le 8 janvier est atteinte de *psychose maniaque dépressive* caractérisée actuellement par un accès maniaque. Début progressif par changement d'humeur, instabilité, puis exaltation enfin cris, violences, propos incohérents. Guérison brusque en vingt-quatre heures. Pas de sucre. Pas d'albumine.

Observation n° 9

Mme R..., entrée le 12 janvier atteinte de dépression mélancolique avec torpeur physique et intellectuelle. A la sensation d'être morte et refuse en conséquence de se nourrir.

A peur d'ailleurs que les aliments ne contiennent du poison. Amaigrie. Nous adopterons comme étiologie de l'acidose dans ce cas le *jeûne* par refus d'aliments et nous éliminerons cette malade de notre statistique.

Observation n° 11

Mme L..., entrée le 13 janvier. *Psychose maniaque dépressive* caractérisée par un accès maniaque : turbulence, bavardages, surexcitation intellectuelle, euphorie, mouvements impulsifs.

La malade a un fibrome de l'utérus. Pas d'albumine. Pas de sucre.

Observation n° 15

Mme M..., entrée le 16 janvier, présente un état de *confusion mentale* avec désorientation, propos chaotiques, écholalie, échopraxie. Prend le médecin pour un peintre, se plaint de ne pas avoir de livret militaire, proteste de ne pas avoir volé, etc.

Hernie crurale. Albumine en quantité notable. Pas de sucre.

Observation n° 25

Mme B..., entrée le 4 février, est atteinte de délire hallucinatoire avec idées de persécution. Depuis huit mois on cherche à l'empoisonner et trouve depuis quelque temps un goût de fer ou d'arsenic à tous ses aliments. Sous l'influence de ces hallucinations refuse depuis quelques jours toute nourriture d'autant plus qu'elle remarque fort bien que son

haleine a une « drôle d'odeur ». Effectivement l'odeur chloroformique, de pomme de reinette, de l'acétone est très marquée chez elle et la réaction de Gerhardt est très fortement positive. Pendant trois jours on lui donne 20 grammes, 20 grammes et 10 grammes de bicarbonate de soude en même temps qu'on obtient d'elle de manger. La réaction de Gerhardt disparaît ainsi que l'odeur de l'haleine. Nous mettrons cette acidose sur le compte du *jeûne* par crainte d'empoisonnement et nous éliminerons cette malade.

Observation n° 27

Mlle S..., entrée le 11 février présente un état de *confusion mentale*. Agitation motrice. Gâtisme. La malade cause la plupart du temps sur un ton euphorique sans aucune suite dans les idées « J'ai des dentelles... ça ne va pas... une bottine, une grosse bottine plus forte que le Bon Dieu... et puis, vous voyez bien, vous n'êtes pas en ivoire... 4 sous... 4 sous pour avoir du pain... c'est de l'écriture ton, ton, ton taine et ton ton... » Pas de sucre. Pas d'albumine.

Observation n° 43

Mme C..., entrée le 15 mars 1921, atteinte de *psychose maniaque dépressive* avec dépression mélancolique : anxiété, hallucinations multiples, idées de suicide, idées très vives de persécution, réactions violentes « Je suis une nouvelle Jeanne d'Arc, martyre de la France, j'ai été crucifiée sur la terre et vous vous entendez tous pour m'ensevelir ». Douleur d'estomac, vomissements, aigreurs, céphalée. Tous ces

troubles ont disparu par l'ingestion de hautes doses de bicarbonate de soude. Pas de sucre. Pas d'albumine.

Observation n° 48

Mlle G..., entrée le 22 mars 1921, présente un état de *confusion mentale* avec hallucinations et dépression. Propos très chaotiques: « Ce que je comprends le mieux, c'est l'actualité passée. » Son état dépressif confine à la stupéur. Récemment accouchée (janvier 1921). Il semble que son état mental remonte à cette date. « Un homme qui a les yeux verts » la traite d'espionne, on cherche d'ailleurs à la condamner parce qu'on la prend pour une « boche ». Pas de sucre. Pas d'albumine.

Observation n° 60

Mlle D..., entrée le 5 avril, présente un état de *confusion mentale* absolue. Cause un langage incompréhensible, chaotique. Subagitation. L'odeur chloroformique de l'haleine est particulièrement accusée et la réaction très positive. Quelques traces d'albumine, pas de sucre. L'évolution de la maladie semble faire craindre une démence précoce.

Observation n° 61

Mlle B..., entrée le 5 avril 1921, présente de vagues idées de *persécution* avec idées de revendication. La malade n'a fait qu'un court séjour à l'asile (13 jours) et son acidose elle-même semble avoir été très passagère. Quarante-huit heures

après son entrée (sans avoir pris de bicarbonate de soude), la réaction de Gerhardt avait disparu. Pas de sucre. Pas d'albumine.

Observation n° 63

Mme M..., entrée le 6 avril, atteinte de démence sénile caractérisée par : affaiblissement intellectuel, inconscience de sa situation, gâtisme, cécité. Affaiblissement physique notable, grosse quantité d'albumine, foie gros, légère ascite, urobiline et glycosurie provoquée. La malade est décédée à l'asile quelques mois après. On peut placer cette acidose, sous l'influence d'une *insuffisance hépatique*. Nous éliminerons donc cette malade.

Observation n° 65

Mlle de la P..., entrée le 18 avril, atteinte de démence précoce caractérisée par : affaiblissement intellectuel, idées de persécution consistant en crainte d'être tuée, hallucinations de l'ouïe, légère dépression avec lenteur de l'idéation. Vient d'Amérique, de « Los Angeles ». Pendant la traversée de New-York au Havre, a présenté des troubles mentaux légers, mais au Havre, ces troubles sont devenus tels que la malade n'a pu continuer son voyage. Refusait la nourriture depuis longtemps à son entrée, était dans un état de santé physique précaire. On peut rattacher cet acidose au *jeûne*.

Observation n° 69

Mlle L..., entrée le 24 avril, atteinte d'*alcoolisme* chronique avec léger affaiblissement de la mémoire, tremble-

ment des mains, pituite matutinale, cauchemars. Cet alcoolisme chronique est né sur un terrain de débilité mentale qui rend la malade incapable de se conduire convenablement au dehors. Pas d'albumine. Pas de sucre.

Observation n° 76

Mlle L..., entrée le 3 mai, présente un état de *confusion mentale* avec gémissements, plaintes inarticulées. Traces légères d'albumine. Odeur acétonémique très accusée de l'haleine. L'évolution avec affaiblissement intellectuel, inconscience de sa situation, gâtisme, a posé le diagnostic de démence précoce.

Observation n° 83

Mme H..., entrée le 17 mai, présente un état de légère *confusion mentale* avec désorientation dans le temps et dans l'espace. Les propos sont sans suite, inattendus, discordants. Idées délirantes non systématisées et vagues troubles sensoriels. Subagitation. Pas d'albumine. Pas de sucre. Aucun trouble physique. Aurait accouché le 24 mars 1921.

Observation n° 84

Mme C..., entrée le 17 mai, présente de l'agitation motrice, des bavardages intarissables, des propos délirants sans aucune systématisation : *psychose maniaque dépressive*. Très hallucinée, se tourne brusquement vers des personnes imaginaires : « Allez ! laissez-moi tranquille, je ne vous cause pas. » Traces d'albumine. Pas de sucre.

Observation n° 89

Mlle C..., entrée le 21 mai, est atteinte de débilité mentale et d'*hystérie*, avec, par intervalles, des accès hallucinatoires effrayants de la vue : un homme armé d'un couteau, porté par des nuages, la menace constamment. Hérédosyphilitique réinfectée. Pas d'albumine. Pas de sucre.

Observation n° 94

Mme F..., entrée le 28 mai, atteinte de débilité mentale avec idées de persécution. Elle se croit persécutée par une bande de « sidis » de la Compagnie générale transatlantique qui lui fait respirer des mauvaises odeurs, l'électrisent, connaissent sa pensée et surtout cherchent à l'empoisonner en mettant de l'urine et du pétrole dans ses aliments. On lui a fait faire la « mort renversée » qu'elle ne connaissait pas, car « on ne connaît pas ça à la campagne ». Sous l'influence de ces idées d'empoisonnement, la malade refusait de s'alimenter avant son entrée à l'asile. Nous expliquerons donc son acidose par le *jeûne* et nous éliminerons cette malade.

Observation n° 95

Mlle G..., entrée le 28 mai, est atteinte de *démence précoce* avec affaiblissement des facultés intellectuelles. A vu Dieu sur un nuage et puis la Sainte Vierge. On lui a dit qu'elle était la Reine de France et qu'elle épouserait un prêtre, qui serait Empereur des Français. Parfois très

agitée, a, d'autres fois des périodes de dépression, d'abattement pendant lesquelles elle reste au lit inactive, assoupie. Pas de sucre. Pas d'albumine.

Observation n° 96

Mme H... entrée le 30 mai, présente un état de *confusion mentale* avec légère désorientation, grande diminution de la mémoire, rabâchages. Appoint alcoolique. L'évolution de la maladie avec fabulation, amnésie continue, semble permettre le diagnostic de psychose de Korsakoff. Pas de sucre. Pas d'albumine.

Observation n° 102

Mlle D..., entrée le 6 juin, atteinte de débilité mentale sur laquelle se sont greffés des troubles de *démence précoce*. Réponses rares, sans cohésion. Est déprimée, désorientée, donnant à la fois l'impression de confuse, d'hébétée ou de démente. Gâtisme. Pas de sucre. Pas d'albumine.

Observation n° 105

Mme B..., entrée le 11 juin atteinte d'alcoolisme avec hallucinations de la vue, mobiles, changeant de couleur et représentant tour à tour des animaux ou de petits bonshommes. Tremblement des mains. Cauchemars. Crampes dans les mollets. Pituïte matutinale. Pas d'albumine. Pas de sucre.

Observation n° 112

Mme D..., entrée le 11 juillet présente un état de *confusion mentale*. Extrêmement troublée est étrangère à tout ce qui se trouve autour d'elle. Très agitée, s'accrochant à

toutes les personnes qui l'approchent, faisant claquer ses dents. Profère des cris inarticulés. Pas de sucre. Pas d'albumine.

Cet état mental s'est modifié en trois jours ; un changement favorable très marqué s'est produit. Les idées ont repris de la cohésion, de la suite et la surexcitation mentale physique s'est atténuée. L'humeur seule paraissait encore d'un ton assez élevé et particulier. On peut croire qu'il s'agissait d'une psychose maniaque dépressive avec accès maniaque.

La malade est sortie au bout de quinze jours environ.

Observation n° 114

Mme V... entrée le 15 juillet présente un état de *confusion mentale* avec propos chaotiques et très grande agitation motrice et intellectuelle. Opérée huit jours auparavant d'hystérectomie, présentait à l'entrée une température oscillant entre 39°5 et 40 degrés, traces légères d'albuminurie, pas de sucre, rétention d'urine, refus d'aliments même liquide. Pupilles dilatées, soubresauts tendineux. Constipation, pas de vomissements, pouls imperceptible.

La malade cathétérisée, nourrie par la sonde œsophagienne recevant chaque jour 20 centimètres cubes d'huile camphrée et 0 gr. 05 de spartéine est décédée le 18 juillet au soir, trois jours après son entrée.

Observation n° 116

Mme T..., entrée le 16 juillet atteinte de *psychose maniaque dépressive* consistant en un accès maniaque caractérisé par une grande agitation motrice, avec mouvements impulsifs, de l'excitation intellectuelle, des bavardages

intarissables, l'élévation du ton de l'humeur, de l'insomnie.
Pas de sucre. Pas d'albumine.

Observation n° 139

Mme M..., entrée le 5 août présente un délire de *persécution* à base d'hallucinations auditives et visuelles, avec appoint alcoolique. Par le « filon », qui est un appareil qui envoie des radiotélégrammes et n'est pas le téléphone, elle entend des voix et connaît tout ce qui se dit dans le monde. D'ailleurs, par cet appareil, le monde lit aussi dans sa pensée. Pas de sucre. Pas d'albumine.

Observation n° 142

Mlle L... entrée le 10 août présente un état anxieux de *psychose maniaque dépressive* paraissant sous la dépendance de troubles hallucinatoires. La malade est étrangère au milieu où elle se trouve, ne paraît pas entendre les ordres qu'on lui donne, a des mouvements brusques de frayeur, détourne la tête comme pour entendre des voix. Tendence aux impulsions. Quelques traces d'albumine. Pas de sucre.

Observation n° 151

Mme C..., entrée le 29 août présente un état dépressif de *psychose maniaque dépressive* avec insomnie, refus d'aliments. D'après les renseignements cette malade n'aurait pris aucune nourriture depuis plusieurs jours et dès le lendemain de son entrée on a dû la nourrir à la sonde œsophagienne. Nous mettrons donc cette acidoïse sous l'étiologie du *jeûne*.

TABLEAU C

Un certain degré d'acidose peut donc se rencontrer dans les affections mentales.

Parmi celles-ci notre tableau montre d'une façon saisissante que c'est avant tout chez les malades présentant le syndrome de *confusion mentale* que nous avons traité l'acidose, ce qui ne peut que confirmer les idées classiques admettant que chez ces malades il existe un trouble quelconque du métabolisme.

On pourrait s'étonner que nous ayons porté aussi souvent le diagnostic de confusion mentale ; à vrai dire, bon nombre de ces confusions ont évolué ensuite de telle sorte qu'il a été possible d'admettre un diagnostic de démence précoce, de démence sénile ou toute autre psychose. Mais au moment de leur entrée, alors que la réaction d'acidose était franchement positive, on ne pouvait parler que de « confusion mentale ».

Nous avons encore trouvé l'acidose dans l'*alcoolisme*. Beaucoup moins fréquemment nous avons noté l'acidose dans la psychose maniaque dépressive, d'ailleurs davantage chez les agités que chez les déprimés.

Très exceptionnellement nous l'avons noté encore chez les déments. Enfin, nous pouvons remarquer que parmi nos entrantes nous n'avons qu'une seule épileptique et quelques paralysies générales chez lesquelles notre réaction a été négative. Le nombre des malades de ces deux catégories étant trop peu important pour tirer conclusion, nous avons cru bon de développer ces deux points. Nous avons alors examiné les urines de malades, depuis longtemps dans l'asile, mais dont les diagnostics Epilepsie de paralysie générale étaient nettement confirmés. Nous

avons choisi des malades indemnes de tout autre trouble physique, n'ayant pris aucun médicament dans les quarante-huit heures qui ont précédé la récolte des urines.

CHAPITRE VI

L'ACIDOSE DANS L'EPILEPSIE

MM. Guillain et Labbé ont attiré l'attention sur les crises épileptiques chez des sujets diabétiques atteints d'acidose. Inversement, différents auteurs, parmi lesquels l'auteur anglais Shaw dans *The British Medical Journal* de Londres, ont signalé l'acidose chez les épileptiques. Nous avons voulu confirmer ou infirmer ces constatations.

Vingt-trois épileptiques femmes ont été examinées, aucune de ces épileptiques n'avait eu de crise depuis environ quarante-huit heures, mais il s'est trouvé que trois d'entre elles ont eu une crise dans les heures qui ont suivi la récolte des urines (ces trois urines avaient d'ailleurs une réaction de Gerhardt négative). Sur les vingt-trois urines examinées, quatre nous ont présenté une réaction positive.

Il nous semble donc qu'il n'est pas exagéré d'attirer l'attention sur la fréquence de l'acidose dans l'épilepsie puisque nous l'avons trouvé dans la proportion de 17 0/0.

CHAPITRE VII

L'ACIDOSE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Régis dans son *Précis de Psychiatrie* fait remarquer que de l'ensemble des recherches de Briand, Baudin, Rouillard (1889), Lailier (1890), Klippel et Serveaux (1893), Siegmund (1893), Turner (1895), Rieder (1895), E. Dupré et Sébilleau (1903), M. Labbé et Gallais (1911), etc... qui ont tour à tour étudié les urines dans la paralysie générale, on a de « l'acétonurie » à la période d'état. Ceci est exact vraisemblablement mais la « diacéturie » (qui importe seule) existe-t-elle constamment ?

Dix-neuf paralysies générales ont été examinées à cet effet : sept paralysies générales femmes, douze paralysies générales hommes. Voici nos résultats : quatre ont présenté la réaction de Gerhardt (uniquement chez les hommes), quinze ne l'ont pas donné.

Il est donc exact que l'on peut parfois trouver l'acidose dans la paralysie générale et ceci dans la proportion de 21 0/0.

CONCLUSIONS

I. — L'acidose se rencontre en dehors du diabète dans de nombreux processus morbides.

II. — Nous avons constaté l'acidose chez les aliénés dans une proportion de 17 o/o (après avoir éliminé les cas où l'acidose s'expliquait par une cause physique connue).

III. — Nous avons trouvé l'acidose surtout chez les malades présentant le syndrome de confusion mentale (proportion de 98 o/o) et dans l'alcoolisme. Autrement dit l'acidose se montre surtout fréquente chez les aliénés auto-intoxiqués ou intoxiqués.

IV. — Dans l'épilepsie, nous avons trouvé l'acidose dans la proportion de 17 o/o.

V. — Dans la paralysie générale, nous avons trouvé l'acidose dans la proportion de 21 o/o.

VI. — A l'asile, à l'entrée des malades, en plus de l'albumine, du sucre, il faut avoir soin de rechercher l'acidose pour en entreprendre aussitôt le traitement.

Vu : le Président de la thèse,
ROGER

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Babonel (Mlle)*. — L'acidose chez quatre mélancoliques (Communication à la Société médico-psychologique, juin 1921).
- Baumann-Sakellarios*. — Coma diabeticum. Fribourg, 1888.
- Beauvy*. — L'acétonurie en dehors du diabète et de la puerpéralité. Thèse de Paris, 1904.
- Blum*. — Histoire clinique et thérapeutique du coma diabétique (XII^e Congrès de médecine. Lyon, 1911).
- Bouchard*. — Gazette médicale de Paris, 1892.
- Castaigne et Rathery*. — Le diabète, la goutte, l'obésité (Le Livre du médecin. Paris, 1912).
- Céard*. — Essai sur les vomissements avec acétonurie. Thèse de Paris, 1904.
- Chauffard et Rendu*. — Le syndrome de déshydratation aiguë dans le coma diabétique (Revue de médecine, 10 juin 1912).
- Chauffard, Leconte (Mlle) et Dorée*. — La déshydratation du sang et des organes dans le coma diabétique (Presse médicale, 2 avril 1917).
- D'Argenson*. — Recherches sur l'acétonurie. Thèse de Paris, 1896.
- De Gennes*. — Etude clinique et expérimentale de l'acétonurie. Thèse de Paris, 1884.
- Derieu et Bousquet*. — Montpellier médical, 1908.
- Desgrez et Saggio*. — Compte rendu de la Société de Biologie, n^o 63.

- Guillain.* — Crises épileptiques au cours d'un diabète avec acidose (Société médicale des Hôpitaux, 11 juin 1920).
- Jacquet.* — La Semaine médicale, 1900.
- Labbé (Henry).* — Essai de pathogénie de l'acidose des diabétiques (Académie de médecine, 25 janvier 1921).
- Labbé et Bilh.* — Le diagnostic de l'acidose (Presse médicale, 1912, n° 105).
- Labbé (Marcel).* — L'épilepsie acidotique. (Société médicale des Hôpitaux, 11 juin 1920).
- Labbé (Marcel).* — Le diabète sucré.
- Les grands troubles de la nutrition (Presse médicale, 24 février 1912).
- Labbé (Marcel) et Viol.* — La théorie de l'acidose et le coma diabétique (Presse médicale, 8 avril 1911).
- Lépine.* — Le diabète sucré. Paris, 1909.
- Lanzenberg.* — Ammoniaque et urée. Thèse de Paris, 1912.
- Mauban.* — L'acétonurie, sa valeur sémiologique, son traitement. Paris, 1914.
- L'acétonurie au point de vue clinique. Thèse de Paris, 1905.
- L'acétonurie (Les actualités médicales, 1912).
- Mossé.* — Revue de Médecine, 1902.
- Nivière.* — Les corps acétoniques et l'acétonurie. Thèse de Lyon, 1911.
- Paillard.* — Recherche et dosage de l'acétone et des dérivés acétoniques (Journal médical français, n° 1, 1921).
- Percival.* — Acidosi diabetica. Turin, 1916.
- Rathery.* — Revue générale de l'acidose (Journal de Diététique, 15 octobre 1912).
- Influence des graisses sur l'acidose (Journal médical français, n° 1, 1921).
- Robin.* — Du coma diabétique (Bulletin général de thérapeutique, 8 janvier 1909).
- Romme.* — Contribution à l'étude de l'acétonurie et du coma diabétique.

Sicard et Salin. — Injections intraveineuses de bicarbonate de soude chez les diabétiques (Société médicale des hôpitaux, 16 juin 1911).

Tailleurs (de Lausanne). — Le syndrome de déshydratation aiguë dans le coma diabétique (XII^e Congrès français de Médecine interne. Lyon, octobre 1911).

Violle. — Recherches expérimentales sur l'acidose. Thèse de Paris, 1910.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	11
CHAPITRE I. — Courte revue de l'acidose	13
CHAPITRE II. — Technique.	22
CHAPITRE III. — Tableau A : Malades ne présentant pas la réaction de Gerhardt	24
CHAPITRE IV. — Tableau B : Malades présentant la réaction de Gerhardt.	35
CHAPITRE V. — Tableau C : Affections mentales donnant de l'acidose	47
CHAPITRE VI. — L'acidose dans l'épilepsie	50
CHAPITRE VII. — L'acidose dans la paralysie générale.	51
CONCLUSIONS.	52
BIBLIOGRAPHIE	53

